

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/45369>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003

PAR LEI DELSEN

Département d'économie, Ecole de gestion de Nimègue, Université Radboud de Nimègue, Pays-Bas

INTRODUCTION

Le principal thème de recherche de la troisième conférence sur “La situation de l’Etat-providence en 1992” organisée pour le Centre européen pour les questions des travailleurs (EZA) est : dans quelle(s) direction(s), les systèmes de couverture sociale évoluent-ils et dans quelle mesure, cette évolution des systèmes de couverture sociale de l’Union européenne est-elle influencée par les forces et le raisonnement économiques ? La réponse à cette question accorde une attention particulière à l’impact de l’Union économique et monétaire et à l’impact du vieillissement de la population. Ce document actualise le rapport de la deuxième (2000) conférence EZA (De Kam, 2003) et de la première (1995) conférence EZA (Kemperman, 1995) sur la réforme de l’Etat-providence et la politique néerlandaise en matière de couverture sociale. À la demande des organisateurs de cette conférence, les faits et les chiffres pour 1998-2003 relatifs à l’évolution de la couverture sociale néerlandaise, et tout particulièrement à l’assurance-maladie et au régime des pensions, sont comparés aux tendances précédentes. Les perspectives d’avenir sont décrites. Placer les données dans une perspective historique permet non seulement de retracer les changements politiques significatifs de ces dernières décennies mais aussi d’analyser les tendances pertinentes. Une comparaison internationale sélective aidera également à évaluer le raisonnement et l’idéologie économiques sous-jacents à cette politique.

La structure du présent document est la suivante. Le 1er volet décrit les tendances macroéconomiques et leur lien avec des activités de dépense ou de financement gouvernementales de ces deux dernières décennies. Plusieurs macrodonnées historiques importantes du système de sécurité sociale néerlandais sont présentées dans le 2e volet. Le 3e volet examine en détail certaines grandes réformes des régimes de l’Etat-providence néerlandais au cours de ces 20 dernières années. L’attention se portera sur des changements apportés entre 1998 et 2003. Le contenu et l’efficacité du remaniement radical du secteur des soins de santé, du système de retraite et des régimes d’incapacité sont visés. Le 4e volet clôt le document par une série de réflexions personnelles sur la réforme de l’Etat-providence aux Pays-Bas.

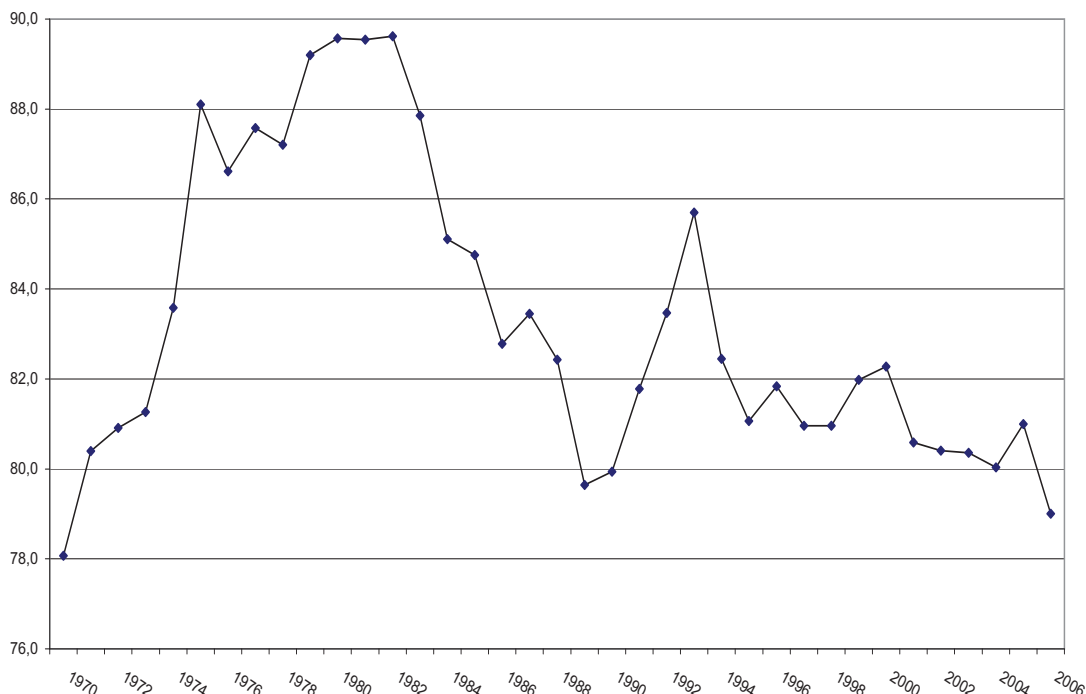
1. TENDANCES MACROECONOMIQUES ET FINANCES PUBLIQUES

La réforme de l'Etat-providence néerlandais est fortement influencée par des périodes de croissance et de stagnation. Au début des années 80, les Pays-Bas ont connu une profonde récession. La pression fiscale et des cotisations dépassait 40% et les dépenses publiques nettes représentaient près de 50% du PIB ; le déficit budgétaire UEM dépassait 6% du PIB ; la charge salariale était élevée et les sociétés étaient à peine rentables ; le taux du chômage dépassait les 11% en 1982 et 25% de la population active recevait une allocation ("syndrome hollandais"). En 1982, la consolidation fiscale et la réforme de la sécurité sociale étaient lancées par le premier gouvernement Lubbers. Elles sont toujours en cours.

Bien que la composition des cabinets successifs diffère (cf. tableau 1), les accords de coalition néerlandais 1982-2003 traduisent une continuité politique : contrôle des dépenses collectives, réduction du déficit budgétaire et activation de la politique du marché de l'emploi (cf. Okma, 2004). En 1982, la politique durable de maîtrise des charges salariales a vu le jour afin de restaurer la profitabilité des sociétés et de créer des emplois.

TABLEAU 1 : PREMIERS MINISTRES ET COMPOSITION DES CABINETS AUX PAYS-BAS DEPUIS 1982

Date d'installation du cabinet	Premier ministre	(groupe)	Composition du groupe	Part majorité de coalition	Gauche, centre ou droite
04-11-1982	Lubbers I	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	Centre-Droite
14-07-1986	Lubbers II	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	Centre-Droite
07-11-1989	Lubbers III	CDA	CDA, VVD	103 (68,7%)	Centre-Gauche
24-08-1994	Kok I	PvdA	PvdA, VVD, D'66	92 (61,3%)	Centre
03-08-1998	Kok II	PvdA	PvdA, VVD, D'66	97 (64,7%)	Centre
22-07-2002	Balkenende I	CDA	CDA, VVD	93 (62%)	Centre-Droite
27-05-2003	Balkenende II	CDA	CDA, VVD	77 (51%)	Centre-Droite

GRAPHIQUE 1 : PART DU TRAVAIL DANS LES REVENUS DE L'ENTREPRISE, 1970-2006 (EXPRIME EN %)

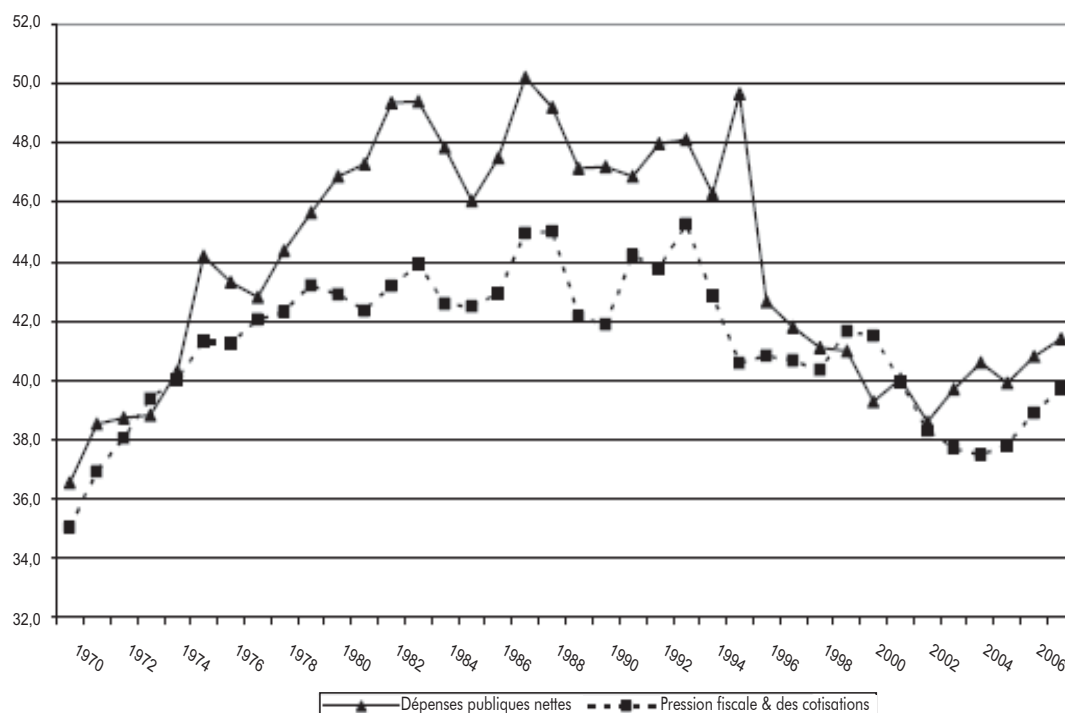
Source : Centraal Planbureau (CPB – Bureau Centrale de Plan).

La part des revenus du travail a atteint un niveau record en 1982 et les bénéfices ont atteint leur point le plus bas (cf. graphique 1). La part des revenus du travail est fortement influencée par la situation économique. Dans les années 80, la part des revenus du travail a baissé de 10 points de pourcentage, passant de quasi 90% à quasi 80%, suite à une croissance économique soutenue. Durant la première moitié des années 90, le revers conjoncturel allait de pair avec une augmentation de la part des revenus du travail. La politique de modération des salaires a à nouveau été mise en œuvre. L'accord central conclu en 1993 par les partenaires sociaux a porté ses fruits. Au cours de la seconde moitié des années 90, l'économie néerlandaise a surpassé la plupart des économies européennes ("miracle néerlandais"). Non seulement la croissance de la production et de l'emploi a dépassé la moyenne européenne mais le taux de chômage néerlandais a dégringolé pour atteindre près de 2% en 2001, l'un des taux les plus bas de l'UE (Delsen, 2002). La période 1994-1999 peut être considérée comme la représentation en miroir de la période 2000-2005. La période de croissance économique supérieure à la moyenne européenne a en effet été suivie par une période de croissance économique inférieure à la moyenne européenne. L'augmentation de la part du travail depuis 1999 est importante par rapport au reste du monde (OCDE, 2004, p. 32) (1). Après 2000, la crois-

(1) Suite à un recalcul du Bureau Centrale de Plan (CPB) – Centraal Planbureau, la part du travail a chuté de 83,4 % à 80,6 % en 2001.

sance du chômage aux Pays-Bas a été supérieure à la moyenne européenne : elle est passée à quelque 4% en 2003 et à près de 7% en 2005. Le marasme actuel est non seulement plus profond mais aussi plus long qu'au cours des précédents cycles économiques que nous avons connu depuis les années 80 ou dans la plupart des autres pays européens (OCDE, 2004, p. 25). L'importante baisse de l'emploi enregistrée depuis mi-2003 ainsi que le gel des salaires pour 2004 et 2005 devraient réduire la part du travail et stimuler les investissements des entreprises ainsi que la croissance de l'emploi. Grâce au regain économique, la part du travail et le chômage devraient diminuer en 2006.

GRAPHIQUE 2 : PRESSION FISCALE ET DES COTISATIONS ET DEPENSES PUBLIQUES NETTES 1970-2006 (% DU PIB)

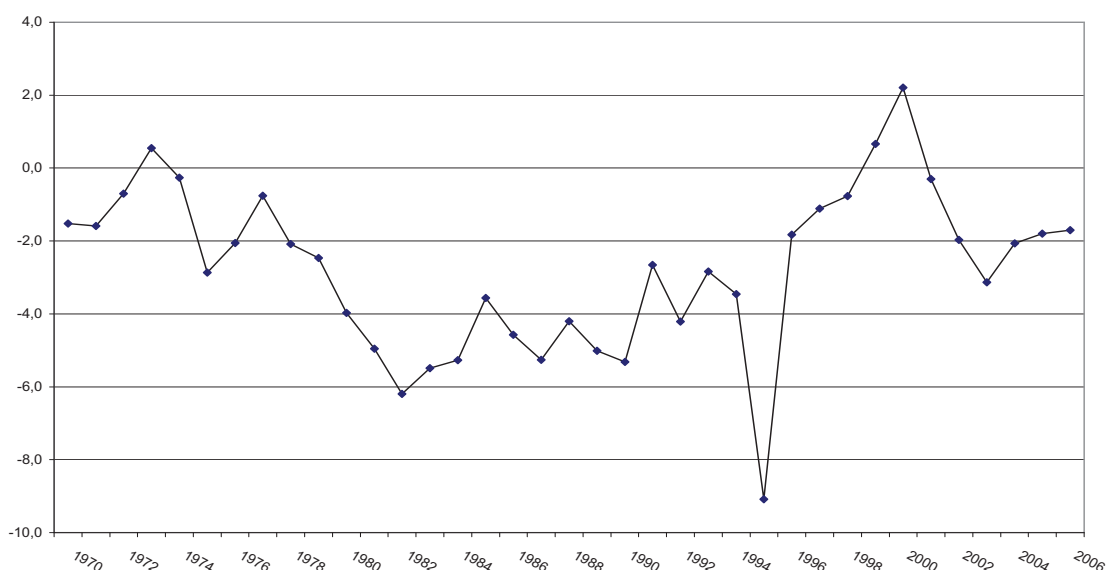


Plan (CPB).

Les dépenses publiques, en tant que part du PIB, ont chuté de 49% en 1982 à 39% en 2001 (cf. graphique 2). Une forte chute a été enregistrée au cours du boom de la seconde moitié des années 90. Depuis 1994, la politique fiscale néerlandaise s'est concentrée sur une norme de dépenses publiques stricte dans le but de réduire le déficit budgétaire et le ratio dette/PIB afin de répondre aux exigences de Maastricht ainsi que de réduire les impôts et les cotisations de sécurité sociale pour diminuer les charges collectives et soutenir l'emploi. Face à la charge fiscale excessive qui avait réduit l'efficacité et minait le fonctionnement des forces du marché, le gouvernement central a fixé des plafonds pour les secteurs du gouvernement central, de la sécurité sociale et des soins de santé (OCDE, 1998, p. 47 ; OCDE, 2002, p. 37).

Les dépenses de santé sont l'une des principales catégories de dépenses publiques. Des considérations politiques macroéconomiques sont souvent à la base de la politique des soins de santé et de la réforme de soins de santé aux Pays-Bas. Après 2001, le ratio dépenses/PIB a à nouveau augmenté jusqu'à un pourcentage estimé de 41,4% en 2006. Au début des années 90, le taux des dépenses publiques était significativement plus élevé que la moyenne européenne. Actuellement, il correspond à cette moyenne. La réduction de la charge salariale a été soutenue par un allègement fiscal et une politique de sécurité sociale. Toutefois, la pression collective fiscale et des cotisations, en tant que pourcentage du PIB, présente une tendance à la hausse dans les années 80. Ici aussi, une forte baisse est enregistrée dans la seconde moitié des années 90. Conformément au Belastingplan 21ste eeuw (Plan fiscal 21e siècle), les deux taux fiscaux les plus élevés de 50 et 60% sont baissés à 42 et 52% en 2001. Le glissement de la pression fiscale des impôts directs aux impôts indirects est un autre élément important du plan fiscal. Le taux de la TVA (de 17,5% à 19%) et les taxes environnementales ont été augmentés. Cette augmentation fiscale est surcompensée par une réduction de l'impôt sur les revenus et donc des impôts sur le travail. L'un des grands objectifs de la réforme budgétaire de 2001 était de rendre la transition d'une allocation à un emploi financièrement attrayant. Un crédit d'impôt uniforme a été introduit pour ceux qui travaillent. Le montant exonéré d'impôt, qui augmente en même temps que le taux d'imposition marginal, a été remplacé par un crédit d'impôt identique pour tous. Lors de cette révision fiscale réalisée par le gouvernement pourpre, un montant de 2,3 milliards d'euros a été utilisé comme "lubrifiant" afin de trouver un soutien suffisant pour ces réformes. Ce montant a largement été compensé par des mesures d'austérité en matière de dépenses : l'excédent a même augmenté. La réforme de l'impôt sur les revenus de 2001 a en moyenne amélioré le revenu brut des ménages néerlandais de près d'1,5%. Après 2003, la pression fiscale et des cotisations a à nouveau augmenté (cf. graphique 2).

GRAPHIQUE 3 : SOLDE DE FINANCEMENT GENERAL DES POUVOIRS PUBLICS 1970-2006
(EXPRIME EN % DU PIB)



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

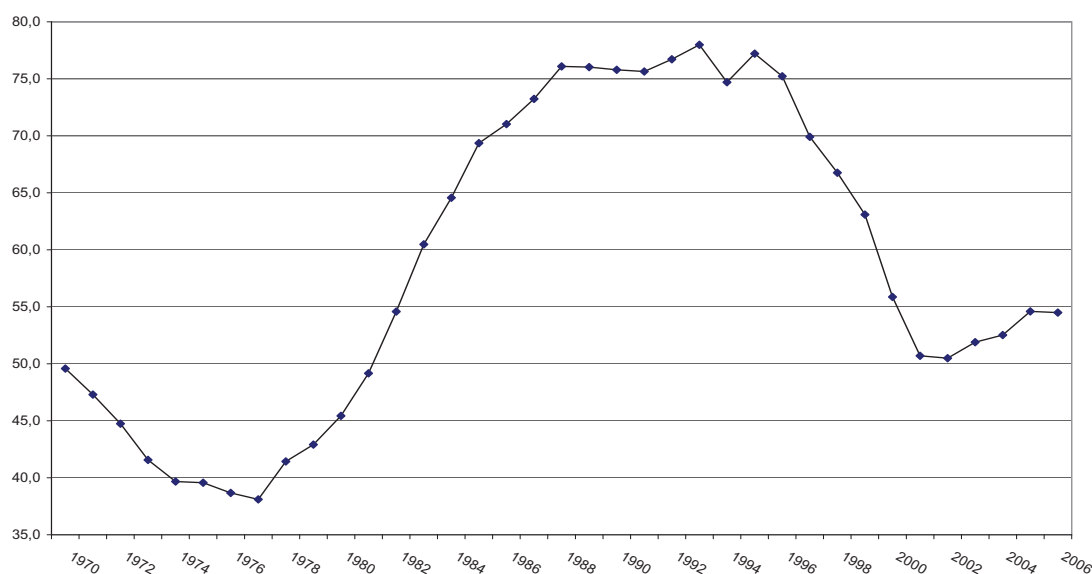
Aux Pays-Bas, des directives pour la réduction graduelle du déficit budgétaire ont été introduites durant la première moitié des années 80 sous la pression de considérations économiques internes autonomes. C'est parce que ces mesures avaient déjà été prises que la transition à l'UEM a eu peu de conséquences visibles sur la sécurité sociale néerlandaise. Le déficit budgétaire de l'UEM dans le secteur collectif a chuté presque continuellement depuis 6,2% en 1982, se transformant en un excédent de 0,7% en 1999 et de 2,2% en 2000 (cf. graphique 3) (2). D'un point de vue historique, l'amélioration du solde budgétaire est substantielle, car aucun excédent n'avait plus été enregistré depuis le début des années 70. Pendant le gouvernement Lubbers III (1989-1993), le déficit budgétaire public général a été réduit tandis que les déficits budgétaires d'autres pays de l'UE se sont rapidement aggravés. Abstraction faite de toute considération politique, ces développements reflètent la situation économique favorable de la seconde moitié des années 90. Au cours de la période 1999-2002, une consolidation fiscale plus poussée a été recherchée afin de créer suffisamment de possibilités pour gérer les coûts prévus suite au vieillissement de la population néerlandaise, et l'augmentation prévue des dépenses sociales, notamment la pension de vieillesse et les soins de santé (OCDE, 1998, p. 56 ; OCDE, 2002, p. 39). L'adhésion à l'UEM implique que la politique fiscale néerlandaise est importante pour la stabilisation du cycle économique : il faut prévoir un champ d'action pour les stabilisateurs automatiques. Vu la récession, il était attendu que l'équilibre budgétaire général des pouvoirs publics se détériore sérieusement. En 2001, un déficit était à nouveau enregistré. En 2002 et 2003, la réduction de la charge fiscale totale résultant de la grande réforme de l'impôt sur les revenus de 2001 était plus qu'inversée. En 2001, des aubaines fiscales ont été utilisées pour un allègement fiscal supplémentaire visant à améliorer la disponibilité de la main-d'œuvre : des augmentations des crédits d'impôt et des baisses de cotisations de sécurité sociale pour les employeurs qui engageaient des travailleurs plus âgés.

En 2002, le déficit budgétaire des pouvoirs publics était de 2,0% du PIB et en 2003, il était de 3,1% (cf. graphique 3). Afin de répondre aux exigences du Pacte de Stabilité et de Croissance (PSC), le gouvernement était obligé de lancer un programme d'austérité alors que l'économie était encore faible (OCDE, 2004, p. 42). Les dépenses ont été fortement réduites ; les salaires du secteur public et les allocations ont été gelés en 2004 et 2005. L'impact négatif de cette politique budgétaire procyclique s'est encore aggravé suite à une crise des retraites. En 2001 et 2002, de nombreuses caisses de retraite néerlandaises se sont retrouvées sous-financées suite à la chute de la Bourse et à des rendements négatifs. Pour restaurer les taux de financement dans le secteur privé, les cotisations de retraite sont passées de 10,5% en 2002 à 14% en 2004 et dans le secteur public de 12% à 19% du salaire brut, entravant la politique de modération des charges salariales. Le gouvernement Balkenende II a en outre annoncé pour 2006 une réforme fondamentale des différents accords concernant l'Etat-providence. Les Néerlandais sont très attachés à leur Etat-providence. Un gou-

(2) En 1995, les subventions annuelles aux coopératives du logement ont été rachetées pour 14,9 milliards d'euros (4,9 % du PIB).

vernement qui réduit unilatéralement les avantages et les futurs droits ne bénéficie pas du soutien de l'opinion publique (Beckers, 2005 ; 21 minuten.nl, 2005). En réaction au gel des salaires, à l'augmentation des primes de pension et à l'incertitude accompagnant la réforme annoncée dans le secteur des soins de santé ainsi que la réforme des pensions, les Néerlandais ont augmenté leur épargne privée dans le but de compenser la faiblesse du réseau de sécurité publique. Cela explique en partie pourquoi les Pays-Bas connaissent actuellement la plus longue récession depuis la Deuxième guerre mondiale. Cela montre également que les assurances de sécurité sociale publiques et privées sont interchangeables.

GRAPHIQUE 4 : DETTE BRUTE DES POUVOIRS PUBLICS 1970-2006 (EXPRIMEE EN % DU PIB)



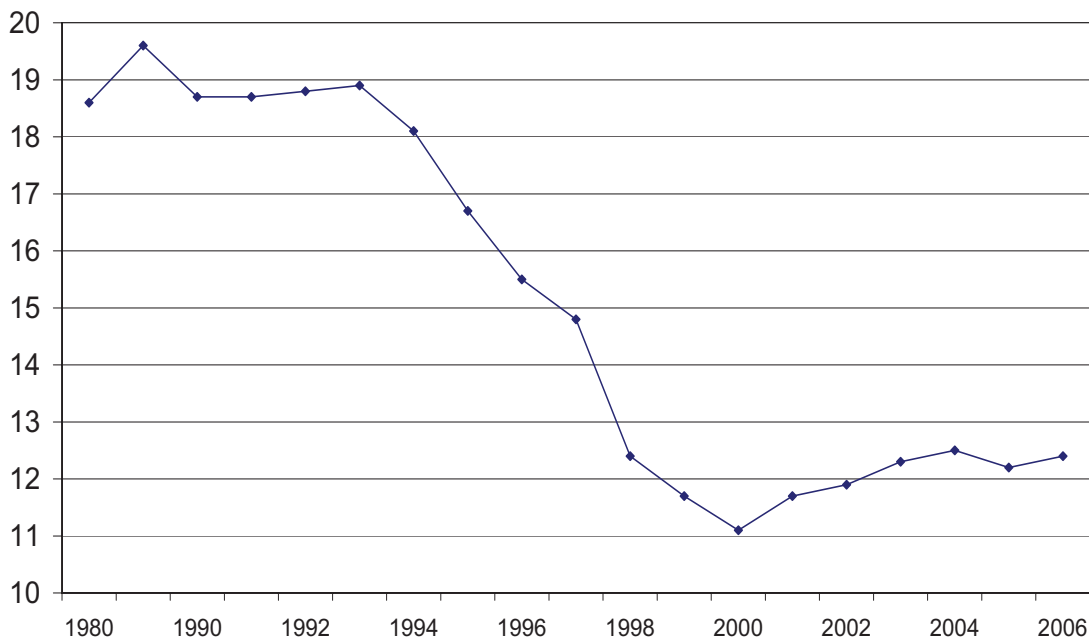
Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Depuis la moitié des années 70, la dette publique a considérablement augmenté, passant de 38% en 1977 à 76% en 1988. Cette augmentation s'est stabilisée après 1988. En 1993, le ratio dette/PIB a atteint son maximum (78%). Durant la seconde moitié des années 90, il a considérablement baissé pour descendre sous la barre des 51% en 2001 (cf. graphique 4). Une position moyenne pour l'UE. En 2002, le cabinet Balkenende I a annoncé son intention politique de régler la dette publique en 25 ans (une génération) afin de financer les coûts croissants du vieillissement démographique. Cette intention est également liée au PSC, car ce dernier exige de ses Etats membres qu'ils arrivent à un équilibre ou à un excédent budgétaire à moyen terme. À partir de la "formule de Domar" sur la relation entre l'importance du déficit budgétaire et le ratio dette/PIB, on peut déduire que le PSC suppose que la nouvelle norme UEM pour le ratio dette publique/PIB est fixée à 0% au lieu de 60% (Delsen, 2001). Malgré cette intention politique, le ratio dette/PIB a augmenté de 4 points de pourcentage après 2001 pour dépasser les 54%.

Dans les années 80 et 90, les gouvernements ont donné la priorité à des finances publiques “saines”. On peut supposer que les Pays-Bas récoltent les fruits de cette décision prématurée d’effectuer les économies et les redressements nécessaires. Le processus d’adaptation et de réforme de l’Etat-providence néerlandais est considéré comme un processus fructueux d’apprentissage politique (cf. p.ex. Visser et Hemerijck, 1997). Toutefois, la politique socioéconomique mise en œuvre dans les années 80 et 90 a de lourdes répercussions. Le gouvernement néerlandais a fait preuve d’un excès de zèle dans ses réformes de l’Etat-providence. Les politiciens ont systématiquement oublié ou ignoré certains effets à long terme. En résulte une inefficacité dynamique. Les investissements dans le capital physique et humain ont été sacrifiés afin de réduire le déficit budgétaire public ou la dette publique (Delsen, 2002, pp. 191-193). Des calculs récents du Bureau Centrale de Plan (CPB) le confirment également (Webbink, 2004). En 1982, les formations universitaires sont passées de 5 à 4 années d’étude afin de réduire les dépenses. Cette mesure a porté préjudice au système social en général, car l’épargne publique n’a pas compensé la réduction de rentrées des étudiants quittant l’université. En fait, elle a non seulement fait du tort à la croissance économique mais aussi aux futures recettes publiques, avec un montant plus important que les économies initiales. Ces résultats placent l’intention politique d’arriver à des finances publiques “saines” dans une tout autre perspective. Ils indiquent également la complémentarité de l’Etat-providence et du marché. L’Etat-providence néerlandais, à l’instar de tout autre Etat-providence, joue un rôle social mais aussi un rôle économique explicite dans les économies de marché. Un Etat-providence est non seulement un facteur de coût mais aussi un investissement.

2. MACRODONNEES DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE NEERLANDAIS

La baisse des dépenses publiques nettes mentionnée ci-dessus est partiellement liée aux dépenses sociales. Dans les années 80, le taux des dépenses sociales des Pays-Bas, les soins de santé exceptés, était supérieur à la moyenne de l’OCDE. En termes de net, le taux était relativement bas comparé à celui d’autres pays de l’UE. Depuis 1982, les gouvernements néerlandais ont tenté de réduire les dépenses sociales en tant que pourcentage du PIB. En 1980, le taux des dépenses sociales (les soins de santé exceptés) s’élevait à près de 19% et au début des années 80, il dépassait 20%. Suite à la politique de réduction des coûts des cabinets Lubbers, la part a graduellement diminué pour atteindre près de 19% en 1993 (cf. graphique 5). La principale baisse de la part de la sécurité sociale au cours d’une courte période est enregistrée durant le premier mandat du gouvernement Kok, à savoir de 18% en 1994 à 12% en 1998, partiellement suite à la situation économique favorable. En 2000, le taux des dépenses sociales avait chuté à 11% avant de passer à nouveau récemment au-dessus de la barre des 12%.

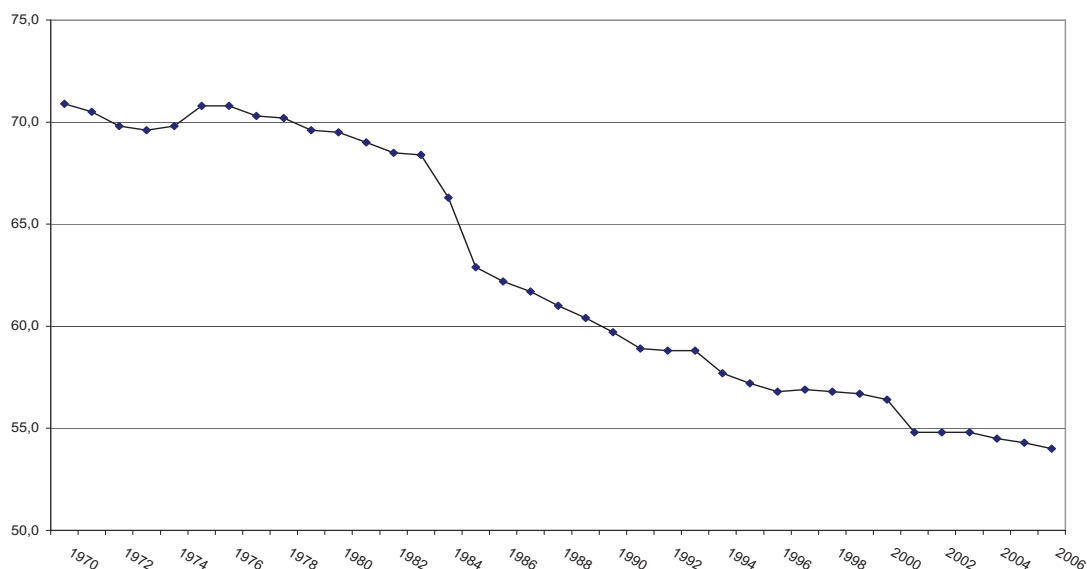
GRAPHIQUE 5 : TAUX DE LA SECURITE SOCIALE 1980-2006

Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Le taux des dépenses sociales est le produit de la part du revenu du travail, du ratio de dépendance aux prestations (ratio i/a) et de la prestation moyenne en tant que pourcentage du salaire moyen (taux de remplacement). Dans les années 70, le taux de remplacement était relativement constant, approximativement de 70% (cf. graphique 6). À partir de 1983, la différence entre le revenu du travail et les prestations augmente considérablement. Le taux de remplacement chute à 60% en 1990 et à un 55% approximatif pour 2006. Depuis le milieu des années 80, la réforme du système de sécurité sociale néerlandais a pour objectif de réduire le risque moral avec l'accord marqué du public et du monde politique. Dans les années 80, la réduction des dépenses collectives, y compris des dépenses en matière de sécurité sociale, avait pour principal objectif la consolidation des finances publiques et l'augmentation de la rentabilité de la sécurité sociale par la réduction du niveau des allocations (mesures de prix). En 1983, le pourcentage des allocations, à savoir le taux de remplacement, a été réduit et les allocations brutes ont été dissociées de la croissance moyenne des salaires fixés par CCT (Contrat collective de travail). Les prestations sont réajustées deux fois l'an sur la base d'une estimation du salaire moyen dans tous les secteurs de l'économie. Afin de stimuler la demande de travail, les salaires minimaux nominaux légaux ont été réduits de 3% en 1984 et gelés jusqu'à 1990. La politique de 'découplage' implique que pour le gouvernement, le but social de l'augmentation des emplois prime sur le but social de la protection des revenus. Jusqu'en 1988, cette politique a été motivée par le désir du gouvernement de limiter les dépenses dans le secteur collectif et, ce faisant, d'améliorer la situation socio-économique défavorable. Dans les années 90, un autre critère a été introduit, à savoir

le 'ratio i/a' entre les bénéficiaires 'inactifs' de la sécurité sociale et les travailleurs 'actifs' (cf. Asscher-Vonk et al., 2000, pp. 153-154). Pour 1993, 1994 et 1995, les salaires minimums ont à nouveau été gelés au niveau de 1992. En 1986, le niveau des prestations de maladie, invalidité et chômage est passé de 80% à 70% du salaire brut gagné. Cette réduction a stimulé la disponibilité de la main-d'œuvre. Ces baisses ont également permis de contenir les dépenses et de réduire le coin fiscal.

GRAPHIQUE 6 : TAUX DE REMPLACEMENT, 1970-2006

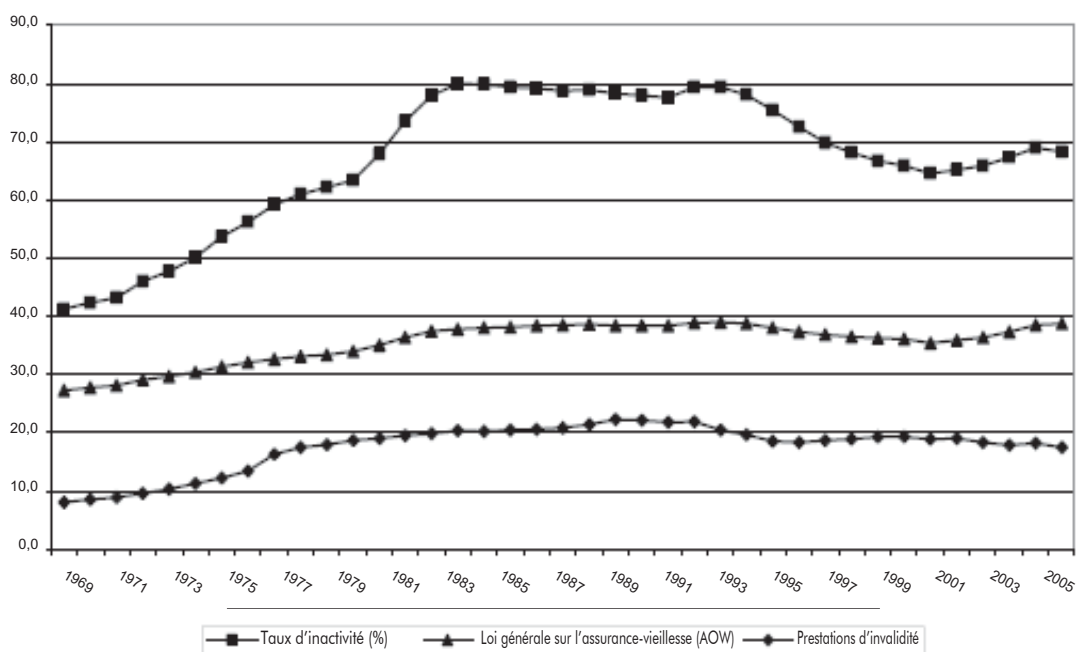


Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Dans les années 90, des mesures de volume ont principalement été prises pour réduire les dépenses sociales. Afin de réduire le chômage chronique, la politique active du marché du travail a reçu plus d'attention ; des emplois Melkert supplémentaires ont été introduits, à l'instar de la réduction spécifique des contributions (Speciale Afdrachskorting - SPAK) et la diminution pour chômeurs de longue durée (Vermindering Langdurige Werklozen - VLW). Le règlement SPAK offrait à l'employeur une subvention pour tout travailleur peu rémunéré (moins de 115% du salaire minimum légal) sur le bordereau de paie. Le SPAK est supprimé en 2001. Le VLW offre une réduction spéciale aux employeurs pour tout chômeur de longue durée engagé à un salaire de moins de 130% du salaire minimum légal. En 2001, le VLW a été étendu aux chômeurs plus âgés ; le niveau salarial maximum est passé à 150% du salaire minimum légal. L'accent a davantage été placé sur les amendes et la répression de la fraude. En 1996, une nouvelle loi sur les amendes administratives est entrée en vigueur. Elle supprime les allocations de chômage en cas de chômage volontaire et réduit les allocations pour ceux qui violent les règles ou refusent d'accepter un emploi convenable. Le deuxième gouvernement pourpre a fait passer la

priorité de la demande du marché du travail – visant un nombre suffisant d'emplois pour des travailleurs peu qualifiés – à l'offre – visant l'augmentation de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre. Les stimulants se sont faits plus importants, avec entre autres la réforme de l'impôt sur le revenu destinée à améliorer l'emploi dans le bas du marché du travail (brisant le cercle vicieux du chômage et de la pauvreté) ainsi qu'à réintégrer des allocataires sociaux inactifs (approche globale-*'sluitende aanpak'*). L'objectif de cette approche globale est d'éviter le chômage endémique et de réduire la dépendance aux prestations sociales. Les chômeurs incapables de trouver un emploi par eux-mêmes reçoivent une offre dans les 12 mois visant à les relancer sur le marché du travail. Des seuils ont été introduits. Le principe d'équivalence a reçu plus d'attention : une relation plus stricte a été établie entre l'allocation payée et le niveau de la prestation. Des incitants financiers ont été introduits dans le système de sécurité sociale par la privatisation, y compris l'introduction d'une tarification ajustable dans l'assurance-maladie et dans l'assurance-invalidité du travailleur. Le but premier de la réforme passe donc de la simple réduction de coûts à la réduction d'un niveau élevé d'inactivité. En 2002, l'obligation de poser sa candidature pour des emplois a été réintégrée pour les chômeurs plus âgés (57 ans et demi et plus). En 2004 et en 2005, les prestations ont à nouveau été gelées. Ces dernières années, l'emploi et l'activation sont devenus des objectifs encore plus importants des cabinets Balkenende.

GRAPHIQUE 7 : TAUX D'INACTIVITE, 1969-2006



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Le ratio entre le nombre d'allocataires sociaux (inactivité) et le nombre de travailleurs (activité) (le ratio i/a) est passé de 41 dans les années 70 à 63 en 1980 (cf. graphique 7). Durant la seconde moitié des années 80, il a considérablement grimpé pour atteindre un pic en 1984 (80). Ensuite, il a graduellement baissé jusqu'à 78 en 1992. Au début des années 80, le ratio i/a des Pays-Bas était inférieur à celui des pays voisins mais supérieur au niveau du Royaume-Uni et des Etats-Unis. La profonde récession de 1981-1982 a engendré des indices du chômage et des chiffres d'incapacité nettement à la hausse. En 1985, les Pays-Bas enregistraient l'un des ratios i/a les plus élevés de l'UE. Avec la récession de 1992-1993, le ratio i/a a de nouveau augmenté. Durant le boom de la seconde moitié des années 90, il a baissé à 65. La récente crise l'a à nouveau fait remonter à 69. Après 1985, l'emploi et l'inactivité aux Pays-Bas se sont développés de manière relativement favorable. Le ratio i/a s'est donc aussi développé favorablement par rapport à d'autres pays. C'est la raison pour laquelle le ratio i/a néerlandais est actuellement l'un des plus bas de l'UE (Delsen, 2002, pp. 46-47). Le graphique 7 montre également qu'une part considérable (plus de la moitié) du ratio i/a concerne les allocataires sociaux bénéficiant d'une pension de vieillesse. Ce taux d'inactivité présente une tendance croissante allant de 27 en 1969 à près de 39 en 2006 ; le cycle économique joue également un rôle. Cette évolution s'applique en outre en majeure partie aux prestations d'invalidité (maladie incluse). Le ratio prestation d'invalidité/activité présente un développement courbé. Entre 1969 et 1990, il est passé de 8 à 22 puis a graduellement baissé jusqu'à 18 en 2006. Mesuré en équivalents temps pleins, le volume de prestataires sociaux inactifs aux Pays-Bas a doublé entre 1969 et 1995, passant de 2,0 millions à près de 4,2 millions. Entre 1995 et 2006, ce volume est resté assez stable bien que le cycle économique ait joué ici un rôle certain. La baisse du ratio i/a est donc principalement liée à la croissance de l'emploi. Une grande partie du miracle néerlandais de l'emploi des années 90 concernait des emplois à temps partiel. Le travail à temps partiel aurait pu réduire la main-d'œuvre réellement disponible en termes d'heures prestées. Toutefois, cela n'a pas été le cas. Après la première moitié des années 80, le montant total des heures prestées aux Pays-Bas montre une croissance soutenue malgré le faible nombre d'heures prestées par travailleur. Mesuré en équivalents temps pleins, le taux de l'emploi était de 60% en 2000 par rapport à 50% durant la seconde moitié des années 80 et à 62% en 1970 (OCDE, 2002, p. 27). Une population relativement jeune et une participation féminine initialement faible fournissaient un réservoir inexploité de main-d'œuvre - en partie pour du travail flexible à temps partiel.

3. PRINCIPALES REFORMES DE LA COUVERTURE SOCIALE

Ce 3e volet se concentre sur les principales réformes du système de couverture sociale néerlandais réalisées depuis 1998. Le point 3.1 vise la réforme des soins de santé, le point 3.2 passe en revue la réforme des pensions, le point 3.3 traite de la réforme de l'assurance-invalidité, le point 3.4 traite du logement, le point 3.5 passe en revue les changements de l'aide sociale et de l'assurance-chômage et le point 3.6 décrit la réforme administrative du système de sécurité sociale néerlandais.

3.1. SOINS DE SANTE

Le système néerlandais des soins de santé peut se caractériser par un mélange de financements publics et privés, par une offre essentiellement privée et par l'approche consultative de la politique (Ministre de la Santé, du Bien-être et du Sport, 2004). Aux Pays-Bas coexistent trois branches d'assurance parallèles, comprenant quatre régimes d'assurance principaux pour les soins de santé néerlandais. La loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) est une assurance nationale obligatoire qui couvre les soins à long terme dans des maisons de soins, des établissements psychiatriques et des hôpitaux. Elle est principalement financée par des cotisations liées au revenu, des subventions gouvernementales et le ticket modérateur. Elle représente 40% des dépenses globales en soins de santé. En 2001 et 2002, le taux de cotisation était de 10,25% pour la première tranche de revenus imposables de 22.000 EUR. La loi sur les caisses de maladie (Ziekenfondswet - ZFW) fournit une assurance obligatoire pour les frais médicaux des travailleurs et des allocataires sociaux sous un certain seuil de revenu (33.000 EUR en 2005) ainsi que des personnes à leur charge. Depuis 2000, les travailleurs indépendants gagnant relativement peu sont également couverts par la ZFW. Le caractère assurance travailleur a graduellement disparu. Le programme ZFW couvre les soins de santé de base. Quelque 63% de la population sont assurés sous le programme ZFW (Ministère de la Santé, 2005). Les prestations sont fournies en nature. Des cotisations par service doivent être payées en plus des primes. En 2000, le taux de cotisation dans le cadre de la ZFW était de 8,1% pour la première tranche de revenus imposables de 25.000 EUR. Dans les années 70, il y avait 60 caisses de maladie indépendantes, 25 au début des années 90 et en 2004, leur nombre était passé à 22.

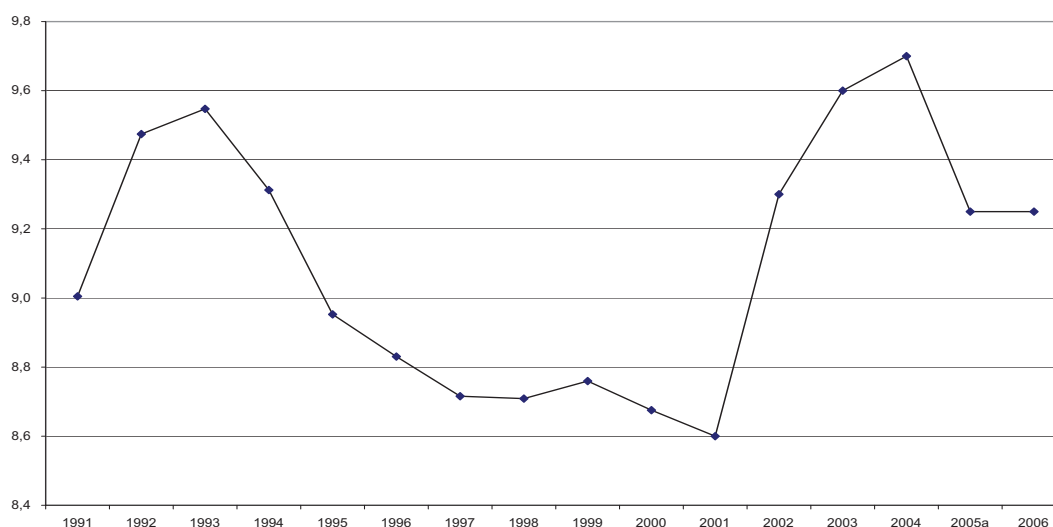
TABEAU 2 : FINANCEMENT DU SECTEUR DES SOINS NEERLANDAIS, 1990-2005 (MILLIARD D'EURO)

	1990	1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ZFW	7,1	7,2	7,4	12,6	13,7	15,2	16,0	16,1	16,5
AWBZ	6,8	11,3	12,2	14,7	16,1	18,4	20,0	21,2	22,0
Subventions gouvernemen- tales	2,3	2,6	2,7	1,9	2,2	2,4	2,5	2,5	0
Total	16,2	21,1	22,3	29,2	32,0	36,0	38,5	39,8	38,5
collectif	(75%)	(79%)	(83%)	(83%)	(84%)	(84%)	(84%)	(84%)	(83%)
Assurance privée	5,3	5,5	4,7	5,8	6,1	6,8	7,3	7,4	7,8
Total	21,5	26,6	27,0	35,0	38,1	42,8	45,8	47,2	46,3

Source : CPB.

Une part prédominante et même encore croissante des soins de santé néerlandais est financée par des moyens collectifs, y compris l'AWBZ et la ZFW (cf. tableau 2). Les personnes dont les revenus dépassent le seuil de la ZFW peuvent ne pas s'assurer ou prendre une assurance-maladie. L'assurance privée facultative pour les petits et les gros risques couvre 30% supplémentaires de la population néerlandaise. Cela explique pourquoi une part importante, selon des standards internationaux, est financée par le privé (cf. tableau 2). Le secteur de l'assurance privée est un marché libre concurrentiel. Toutefois, les assureurs privés sont obligés de proposer un service standard (WTZ) comparable à la ZFW et aux taux de cotisation fixés par la loi. En plus de leurs propres primes, les personnes assurées dans le privé paient aussi des cotisations de solidarité forfaitaires au système ZFW, la fameuse cotisation MOOZ, et au régime WTZ. En 2000, le taux forfaitaire MOOZ était de 188 EUR par personne par année. Les systèmes sociaux obligatoires (IZA, IZR, DGPV) couvrent les travailleurs des autorités provinciales et locales ainsi que les forces de police (5% de la population). Le service de l'assurance est plus large que le service ZFW. Près d'1,5% de la population néerlandaise ne possède pas d'assurance-maladie (Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, 2004). La coexistence d'assurances privées basées sur les risques et d'assurances sociales basées sur le revenu engendre des inégalités considérables dans le financement des soins de santé entre les différents groupes de revenus (OCDE, 2000, p. 103). La solidarité, l'accès universel, le traitement équitable et la qualité des services de santé sont les principaux objectifs des soins de santé néerlandais. Dans les années 90, les autres grands principes étaient l'autonomie professionnelle, le choix du patient et la satisfaction de ce dernier. Selon des standards internationaux, les performances du régime de soins de santé néerlandais sont plutôt bonnes. Les Néerlandais sont relativement satisfaits de leur système (cf. OCDE, 2000).

GRAPHIQUE 8 : DEPENSES DES SOINS DE SANTE 1991-2006 (% DU PIB)



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Mesurées en euros, les dépenses de santé aux Pays-Bas ont doublé entre 1990 et 2004. Exprimées en tant que pourcentage du PIB, les dépenses de santé sont fortement influencées par la situation du cycle conjoncturel et aucune augmentation sérieuse n'a été enregistrée. Entre 1990 et 2006, les dépenses de santé ont fluctué entre 8,6% et 9,7% du PIB (cf. graphique 8). En 1990, les dépenses de santé représentaient 9% du PIB ; lors du marasme économique de 1992 et 1993, elles sont passées à 9,5% du PIB et au cours du boom suivant 1994, elles ont baissé jusqu'à 8,6% en 2001. A la suite de la récente récession, le taux des dépenses de santé a à nouveau augmenté jusqu'à 9,7% en 2004. Les dépenses néerlandaises de santé, présentées comme un pourcentage du PIB, sont plus ou moins conformes à la moyenne OCDE. Dans les années 80 et 90, les dépenses de santé sont restées sous contrôle par rapport à la moyenne européenne grâce à une couverture stricte. Le plafonnement des dépenses fixé pour le secteur des soins de santé a rationné les soins de santé depuis 1994 et des listes d'attente sont apparues à plusieurs endroits (OCDE, 2000, pp.86-95). Ces restrictions budgétaires impliquent qu'il est devenu crucial de fixer les priorités pour les soins de santé. On pourrait également en conclure que la maîtrise des dépenses et la réduction de la qualité sont incompatibles.

L'augmentation du nombre de forces du marché dans les soins de santé a été proposée en 1987 par la commission Dekker, comme solution à un excès de règles et de bureaucratie, à un manque d'efficacité et de réactivité face aux changements et aux besoins divergents de la population. Une assurance nationale a également été proposée. L'introduction du mécanisme de marché dans les soins de santé pourrait être incompatible avec le principe d'équité ou d'égalité de traitement et son efficacité n'est en outre pas toujours prouvée (OCDE, 2000, p. 105). Une comparaison entre le secteur des soins de santé néerlandais et d'autres systèmes nationaux quant à la façon dont ils ont résolu l'antisélection et ont fait face à l'individualisation montre qu'un remaniement complet est rarement nécessaire et n'apporte pas les résultats escomptés. Ouvrir le marché des assurances en soins de santé aux compagnies d'assurance privées ne contribue pas réellement à améliorer la qualité. La maîtrise des dépenses n'a pas non plus fait ses preuves. Les soins de santé publics baissent alors que les dépenses de santé privées augmentent. Au final, les dépenses en soins de santé sont probablement plus importantes (cf. De Gier et al., 2004). Le fait que les dépenses publiques et privées globales nationales en matière de sécurité sociale, les soins de santé y compris, sont, en tant que pourcentage du PIB, plus ou moins équivalentes, indique que les préférences en matière de sécurité sociale sont assez homogènes. La privatisation de la sécurité sociale et l'introduction du marché n'entraînent donc pas une réduction des dépenses globales mais des effets de substitution. Les dépenses de santé peuvent même augmenter. C'est clairement le cas du système de sécurité sociale néerlandais et du secteur des soins de santé en particulier. La compétition entre les assureurs s'exprime par une sélection des risques en réponse à l'antisélection afin d'être capable d'assurer de bons risques. Cela se fait aux dépens de l'efficacité sociale et de la justice. D'autres solutions à l'antisélection sont l'autosélection et la solidarité obligatoire (Delsen, 2002, pp. 143-145).

Certaines propositions de la commission Dekker de 1987 ont été introduites dans la ZFW. Une cotisation forfaitaire d'assurance-maladie qui vient compléter la cotisation liée au revenu et est déterminée par la caisse d'assurance-maladie individuelle. L'idée était que des caisses plus efficaces réduiraient les cotisations forfaitaires. De plus, les personnes assurées ont maintenant le droit de changer de caisse. La concurrence entre les caisses a également été accrue en 1992 afin de permettre aux caisses d'agir à l'échelle nationale (cf. De Kam, 2003). Ces mesures ont été inefficaces. Depuis 1993, les cotisations liées au revenu sont distribuées aux différentes caisses sur une base *ex ante* liée aux risques afin d'inciter les assureurs à maîtriser les dépenses. En 1997, un ticket modérateur a été introduit dans la ZFW pour lutter contre le risque moral et la cotisation forfaitaire a été réduite. Son introduction n'a pas abouti à une réduction significative de la consommation des services médicaux. Son efficacité a été limitée à cause d'une faible élasticité du prix des dépenses de santé ; le ticket modérateur est également en contradiction avec les principes d'équité. En 1999, il a à nouveau été aboli (OCDE, 2000, p. 99). Les employeurs ont soutenu la création de cliniques privées pour des maladies professionnelles en partie en réponse aux listes d'attente. Des médecins ont ouvert des cliniques privées. Le gouvernement craignait que cela entraîne une dichotomie de soins de santé, avec des gens prêts à payer un supplément pour pouvoir éviter d'attendre leur tour. En février 1999, les activités des cliniques privées indépendantes ont été régularisées (OCDE, 2000, p. 100) et intégrées dans le planning des établissements de santé contrôlés par l'Etat.

Au milieu des années 90, le gouvernement a commencé à accroître la concurrence en matière de prestation de services de soins de longue durée (AWBZ). Afin d'augmenter l'efficacité et d'introduire une approche davantage axée sur le client, une petite partie du budget du secteur des soins à domicile a été transférée aux assureurs maladie qui pouvaient acheter des soins de fournisseurs autres que les organisations de soins à domicile traditionnelles. Les 25 nouveaux arrivants apparus entre 1994 et 1996 se sont concentrés sur les services les plus lucratifs des soins de santé, créant une concurrence déloyale pour les organisations traditionnelles de soins à domicile. En 1997, un terme a été mis à cette expérience : le marché a été fermé aux nouveaux arrivants et il a été exigé que les nouvelles organisations existantes proposent les mêmes services que les organisations traditionnelles. En 1996, un système de budgets personnels individuels a été introduit pour les soins de longue durée (AWBZ), qui permettait aux personnes devant suivre des soins d'acheter, sous certaines conditions, leur propre assistance. Ce système a augmenté la flexibilité des soins de longue durée et l'équilibre entre l'offre et la demande (OCDE, 2000, p. 98). En 2000, des budgets personnels ont été introduits dans l'AWBZ pour les soins à domicile des personnes âgées et les handicapés physiques et mentaux (OCDE, 2002, p. 134). Non seulement cette mesure harmonise mieux les services de soins ainsi que les besoins et augmente la satisfaction des patients mais elle réduit aussi les coûts, y compris les coûts des maisons de soins infirmiers. Les frais administratifs ont cependant augmenté (OCDE, 2002, p. 108). De plus, tout le monde n'appréciait pas de jouer au "citoyen calculateur" ou de consommateur de

soins. Un quart des personnes savait comment gérer correctement ce budget personnel AWBZ (Okma, 2004, p. 15).

En 1998, le deuxième gouvernement de coalition pourpre annonçait qu'il allait étudier si, vu le vieillissement de la population, la préparation de changements profonds à long terme du système national d'assurance-maladie était souhaitable sur la base des systèmes utilisés dans d'autres pays de l'UE, ce qui a abouti au rapport "Vraag aan bod" en 2001 (Ministère du VWS, 2001). Dans ce document, le gouvernement néerlandais a conclu que l'opinion était généralement pour la transformation du système centralisé actuel basé sur l'offre en un système décentralisé basé sur la demande, l'un des principaux éléments de ses plans. Le rapport était en droite ligne avec la recommandation du Conseil économique et social (CES, 2000) de remplacer les différents types d'assurance de soins de santé existants par une assurance-soins de santé unique pour toute la population. Cette condition était considérée comme nécessaire pour un fonctionnement correct du système de concurrence administrée des soins de santé. En 2003, le deuxième gouvernement Balkenende a annoncé son intention d'introduire une police d'assurance standard obligatoire pour tout le monde. L'objectif ultime était d'aboutir à un système de concurrence administrée en 2006, avec le degré réel de régulation et de concurrence variant entre les différents secteurs (OCDE, 2002, pp. 110-113). Le gouvernement abandonnerait son rôle coordinateur. Les prix et les quantités de soins de santé à fournir seraient négociés par les assureurs maladie et les fournisseurs de soins de santé. Un système autorégulateur serait mis en place pour inciter les patients, les assureurs maladie et les fournisseurs de soins de santé à garantir une offre efficace de soins de santé de qualité et à maîtriser les dépenses.

Conformément aux plans de 2001, l'AWBZ devait aussi graduellement faire partie de l'assurance de base. Dans le plan 2004 du deuxième gouvernement Balkenende, une partie de la responsabilité pour les soins de longue durée destinés aux personnes âgées et aux personnes souffrant de maladies chroniques est mise entre les mains des autorités locales étant donné que ces services vont de pair avec d'autres services proposés par les autorités locales. En 2004, il est annoncé qu'une partie de l'AWBZ va être gérée par les autorités locales, ne proposant plus qu'un guichet local pour une vaste gamme de services locaux comme le trafic, le logement, les soins et l'assistance (Okma, 2004, p. 27). Cela permet aux autorités locales de fournir des services sur mesure. Dès 2006, il y aura une répartition claire des responsabilités dans les services de santé et sociaux. Les soins médicaux resteront de la compétence de l'AWBZ. Le gouvernement restera responsable des services de soins de santé pour les groupes sociaux plus vulnérables tandis que les autorités locales deviendront responsables d'une politique cohésive des soins de santé et du bien-être au niveau local. L'assistance comme l'aide à domicile, le transport, les repas livrés à domicile, etc. sera du ressort de la nouvelle loi sur le soutien social (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO). Dans les années 60 et 70, une décentralisation régionale était enregistrée ; dans les années 80 et 90, c'était un glissement vers une décentralisation fonctionnelle et au début du 21^e siècle, nous constatons à nouveau un glisse-

ment des tâches du gouvernement central au niveau des autorités locales et provinciales, y compris la gestion des soins des personnes âgées et des malades chroniques. Ce glissement a été accompagné par des exigences plus strictes et des cadres politiques imposés par le gouvernement central, illustrant le manque de clarté du “modèle final” dans la politique (Okma, 2004, p. 22).

Une nouvelle assurance-maladie privée obligatoire pour les traitements curatifs nécessaires est introduite le 1^{er} janvier 2006. Elle supprime la distinction entre l'assurance de soins de santé obligatoire (ZFW) et les assurances-maladie privées. Le ministère de la Santé espère que la suppression de la distinction entre l'assurance-maladie publique et privée rendra le marché de la santé plus accessible à tous. Le nouveau système vise un marché libre afin d'accroître la concurrence sur le marché des soins. La qualité des soins devrait donc s'améliorer et le prix des soins pourrait être réduit. En outre, le consommateur pourrait changer plus facilement d'assureur. Les principaux ingrédients du nouveau régime d'assurance de base sont :

- l'assurance de base couvre un service standard de soins nécessaires fort similaire au ZFW actuel. La couverture est déterminée par le gouvernement. Les assureurs de soins sont libres de la fournir comme bon leur semble : différences de franchises personnelles. Cette franchise peut s'élever à 500 EUR avec des réductions de primes ;
- les assureurs de soins doivent accepter les clients, quel que soit leur âge ou leur historique médical. Les assureurs ne peuvent pas demander des primes plus élevées aux personnes âgées ou aux personnes qui ont davantage besoin de soins médicaux. Ils seront dédommagés par les fonds nationaux pour les clients à risques élevés (péréquation des risques) ;
- les prestataires de soins se feront concurrence sur la base de la qualité et du prix ;
- la prime nominale sera d'environ 1.100 EUR par an. Chaque assureur fixe le montant ;
- pour éviter des conséquences indésirables sur le revenu d'une prime de base plus élevée, près de deux tiers de toutes les personnes assurées recevront un complément en matière de soins de santé dépendant du revenu, de la part du bureau des contributions ;
- l'assuré aura droit à un remboursement annuel pour non-sinistre de 255 EUR qui faisait déjà partie de la ZFW ;
- les enfants de moins de 18 ans ne doivent pas payer la prime d'assurance nominale (le gouvernement la paiera).

Les compagnies d'assurance sont libres de conclure des arrangements avec des fournisseurs préférés et des contrats collectifs. Le système encourage les compagnies d'assurance à se disputer les clients, notamment en achetant activement des soins de santé. En ce sens, les combinaisons de traitement diagnostique introduites en 2003 sont importantes. Les citoyens sont considérés comme des clients critiques qui peuvent chaque année choisir leur assureur de soins.

Un système plus compétitif et plus efficace des soins de santé devrait aider à réduire les listes d'attente. Visant la réduction de ces listes d'attente, le gouvernement a débloqué davantage de fonds et a augmenté la responsabilité des fournisseurs de soins de santé en répartissant ces fonds additionnels. Les assureurs sont censés négocier avec des hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de réduire les listes d'attente spécifiques (OCDE, 2002, p. 107). Si les consommateurs veulent atteindre leurs objectifs, ils doivent mettre la pression sur les assureurs pour que ces derniers fournissent ces services avec une plus-value. Les consommateurs devraient avoir accès aux informations concernant la qualité des services fournis par leurs assureurs. L'asymétrie d'informations joue un rôle : la publicité à titre de persuasion et non d'information (OCDE, 2004, p. 76). Dans la théorie économique du choix rationnel mais aussi dans la théorie psychologique classique de la motivation humaine, il est admis d'avoir le choix, c'est bien et que plus il y a de choix, mieux c'est. Il a maintes fois été démontré que les gens aiment avoir le choix et d'avoir plusieurs options peut accroître la motivation intrinsèque et améliorer les prestations. Plus de choix signifie généralement que les différences dans les préférences individuelles peuvent être mieux satisfaites et donc que la satisfaction individuelle moyenne peut être supérieure. Les gens ne sont pas totalement conscients ou ne comprennent pas vraiment les (futurs) conséquences d'un choix qu'ils font maintenant, par exemple pour le calcul des pensions ou pour la couverture de la sécurité sociale. Donc, bien qu'en économie, offrir des choix est couramment considéré comme préférable, en fin de compte, les gens peuvent considérer que des options additionnelles augmentent tout simplement le risque de faire le mauvais choix (Delsen et al., 2006). Les critiques avancent que la nouvelle assurance-maladie privée obligatoire sera plus coûteuse, redistribuée et bureaucratique et aboutira à des personnes qui ne s'assurent pas (comme aux Etats-Unis par exemple). L'augmentation des cotisations pourrait inciter les personnes à faibles revenus de faire leur choix sur la base du prix et non de la qualité ou des besoins.

3.2. LA REFORME DES PENSIONS

Le système de pension néerlandais à trois piliers dans lequel les partenaires sociaux jouent un rôle central est bien développé et unique en Europe. La pension de base statutaire, la loi générale sur l'assurance-vieillesse (Algemene Ouderdomswet – AOW) fournit une pension de base forfaitaire à partir de 65 ans. Il s'agit d'une pension de vieillesse de base obligatoire pour les résidents âgés entre 15 et 65 ans. La prestation de pension de l'Etat est financée par répartition par des cotisations payées par les travailleurs et les indépendants. Le taux de remplacement du second pilier inclut une franchise AOW. Suite au 'découplage' entre les prestations AOW et les salaires des années 80 et 90 ainsi qu'en 2004 et 2005, la privatisation progresse. Le déclin des pensions de base n'est pas entièrement compensé par le deuxième pilier des pensions. En 1997, le premier gouvernement Kok a débuté le financement partiel de la pension de base en créant un fonds d'épargne AOW (126 milliards d'euros en 2020) afin de faire face aux dépenses temporairement élevées lorsque les générations du baby-boom prendront leur retraite. Le deuxième pilier comprend le

système de pension professionnel complémentaire collectif et est entièrement capitalisé. La constitution et le contrôle des caisses de retraite sont la responsabilité des partenaires sociaux. Aux Pays-Bas, le nombre de participants ainsi que le nombre de bénéficiaires d'une pension professionnelle sont parmi les plus élevés de l'UE. L'importante couverture (plus de 90% des travailleurs) est en partie liée à l'extension légale d'accords salariaux collectifs sectoriels entre des syndicats et des organisations patronales à tous les membres de l'industrie. Le niveau des pensions professionnelles est en outre assez élevé par rapport à d'autres pays. Les pensions professionnelles représentent 40% du revenu des pensionnés, les pensions de l'Etat 40 autres pour cent et les pensions individuelles 20%. Le troisième pilier des pensions, en pleine croissance, comprend des plans d'épargne volontaires et des provisions faites individuellement comme une assurance-vie, la possession d'une maison, des actions ou des comptes d'épargne.

Dans l'accord de Wassenaar de 1982, la retraite anticipée volontaire est évoquée lors des négociations collectives, tout comme la modération salariale, les réductions collectives du temps de travail et la promotion du travail à temps partiel, comme un moyen de redistribuer les emplois existants et de réduire les heures de travail – après l'importante augmentation du chômage structurel dans les années 70 – et comme un moyen de combattre le chômage chez les jeunes. Ces mesures de retraite anticipée ont été négociées dans des conventions collectives. Dans les années 90, les régimes de retraite anticipée par répartition ont commencé à être convertis en régimes de prépension individuels capitalisés afin d'augmenter le taux d'activité de travailleurs plus âgés et de réduire la charge sur la génération plus jeune. En 1998, près de la moitié de toutes les conventions collectives incluaient des accords visant le remplacement de régimes de retraite anticipée volontaire par des mesures de pension flexible. En outre, le niveau de la prestation à la retraite anticipée volontaire a été réduit et l'âge du droit à la retraite anticipée volontaire est passé de 60 à 61 ou 62 ans. Dans la seconde moitié des années 90, le gouvernement et les partenaires sociaux ont accepté de remplacer progressivement la retraite anticipée volontaire par des régimes de prépension actuariellement neutres et capitalisés intégrés dans des pensions professionnelles. Aujourd'hui, la retraite anticipée volontaire n'est disponible que pour 2% des travailleurs ; la prépension s'applique à 87% et les accords de transition expireront en 2015 (OCDE, 2005n p. 12). Le gouvernement a décidé d'abolir le soutien fiscal des régimes de retraite anticipée et de prépension à partir du 1er janvier 2006. En guise de remplacement, le gouvernement a introduit un dégrèvement du Plan-temps. Les travailleurs peuvent demander des réductions d'impôts afin d'épargner pour un congé sans solde dont ils peuvent profiter à différents moments de leur carrière. Les travailleurs peuvent économiser 210% de leur salaire annuel et ils ont droit à une réduction d'impôt supplémentaire lorsqu'ils prennent un congé. Les travailleurs peuvent ainsi financer trois années de congé sans solde à 70% de leur salaire habituel. Les travailleurs néerlandais sont nettement en faveur de la retraite anticipée. Ce congé n'est pas un droit. Tenant compte des profils âge-salaire élevés avec des salaires supérieurs au niveau de productivité, les employeurs ne pourront qu'approuver s'ils peuvent retirer un profit économique en

autorisant le congé pour lequel il a été épargné, ce qui représente un incitant supplémentaire pour le régime de la retraite anticipée. L'épargne-temps pourrait devenir une variante de la retraite anticipée.

En matière de pension, les Pays-Bas sont un modèle pour le reste de l'UE : ils sont mieux équipés pour résister aux chocs externes et aux développements démographiques. Le système des pensions néerlandais se caractérise par le fait qu'il est partiellement capitalisé et donc que les Pays-Bas n'ont pas de problème majeur en la matière suite au vieillissement de la population, contrairement à de nombreux autres pays de l'UE où la pension est entièrement financée par un système par répartition. Le capital de pension accumulé est le plus élevé de l'UE. Le pourcentage de travailleurs participant au deuxième pilier des pensions, les régimes des pensions professionnelles, et le pourcentage des bénéficiaires d'une pension sont aussi les plus élevés à un coût relativement bas grâce à la nature obligatoire du système (cf. Delsen, 2002).

Jusqu'en 2004, la majorité des assurés néerlandais (quelque 65%) dans le second pilier des pensions appartenaient à un régime de retraite fin de carrière. Ce système est non seulement valable pour une durée indéterminée mais il subventionne aussi les carriéristes (solidarité inversée). Il entrave le développement d'un quatrième pilier des pensions (vieillessement actif) étant donné que la rétrogradation – à savoir lorsqu'un travailleur âgé se retire temporairement et renonce à ses responsabilités ainsi qu'à sa paye – et le travail à temps partiel pour les travailleurs âgés entraînent tous deux une réduction considérable des droits à la pension. Ce n'est pas le cas avec un système basé sur le salaire moyen vu que la pension est alors calculée à partir du salaire gagné sur toute la carrière du travailleur. En décembre 1997, le gouvernement et les partenaires sociaux ont conclu une convention visant à moderniser et à maîtriser les coûts du second pilier des pensions. Le nombre de travailleurs appartenant à un régime basé sur le salaire moyen a grimpé de 23% en 1995 à 32% au début de 1999.

TABLEAU 3 : EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DES CAISSES DE RETRAITE AUX PAYS-BAS, 1997-2003

	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Actifs (milliards d'euros)	448	447	473	460	405	364	318
Taux de financement moyen	114	108	127	141	150	142	135
Actions de l'actif total (%)	47,5	42,3	48,7	48,5	49,9	40,1	37,0
Rendement (pourcentage)	10,3	-7,7	-2,6	2,5	15,5	14,2	15,3

Source : PVK.

En terme de valeur de l'actif, le marché des pensions néerlandais est l'un des plus importants d'Europe. Actuellement, l'actif des caisses de retraite privées s'élève à 110% du PIB (cf. tableau 3). Les investissements à risques en Bourse pourraient surpasser les obligations à long terme ; ils rendent aussi les caisses de retraite plus vulnérables et dépendantes de la place boursière. Dans les années 90, les réserves ont baissé, car les obligations de pensions ont augmenté, les cotisations ont été réduites et le taux d'intérêt du marché financier a chuté. Il est dans l'intérêt des employeurs (profits), des travailleurs (salaires) et de la direction (marge de manœuvre politique) que les primes de pension soient basses. Les pensions ont de plus en plus été financées par des rendements du capital investi au lieu de primes de membres actifs. Avant le crash de 2000, cela ne posait pas problème. Le rendement élevé des actions payait l'indexation des prix (inflation) des pensionnés et l'augmentation des obligations légales de pension. En 2001 et 2002, quelque 300 caisses de retraite se sont retrouvées sous-financées à cause d'une chute des cours de la Bourse et de rendements négatifs. Durant la seconde partie des années 90, le taux de rendement annuel des caisses de retraite néerlandaises était de 15% environ. Après 1999, les rendements ont chuté et sont devenus négatifs en 2001 (-2,6) et en 2002 (-7,7). En 2003, le taux de rendement moyen était de nouveau supérieur à 10% (cf. Tableau 3). Le taux de financement moyen a baissé de 150% en 1999 à 108% en 2002, c.-à-d. le niveau atteint au milieu des années 90. Après 2002, la valeur des actions et la solvabilité ont à nouveau augmenté. Quoi qu'il en soit, la crise néerlandaise des pensions n'a pas été résolue pour autant. Afin de restaurer les taux de financement dans le secteur privé, les cotisations ont augmenté de 10,5% en 2002 à 14% en 2004 ; dans le secteur public, de 12% à 19% des salaires bruts. Les employeurs néerlandais paient près de trois quarts des cotisations totales pour les régimes de pensions professionnelles ; les travailleurs paient le quart restant. Les prestations ont également été gelées et les régimes de retraite des salariés occupés ont été modérés et partiellement indexés, limitant le taux de croissance et entraînant un glissement massif de régimes de retraite salaires fin de carrière vers des régimes de retraite salaires moyennes de carrière. Quelque 98% des pensions aux Pays-Bas sont des dispositions à prestations déterminées, c.-à-d. qu'une certaine obligation de prestation est prédéfinie. Un glissement spectaculaire de régimes de retraite salaires fin de carrière vers les régimes salaires moyennes de carrière a récemment été enregistré dans les régimes de retraite à prestations déterminées. En 2004, 77% des membres étaient couverts par un système salaires de carrière ; en 2003, ils n'étaient que 37% ; en 1998, 25% ; en 1993, 26%. Ce glissement a été motivé par une maîtrise des dépenses. Les systèmes à cotisation déterminée sont plutôt inhabituels aux Pays-Bas bien qu'ils soient de plus en plus courants : 0,2% en 1993 et 0,3% en 1998 et actuellement plus de 2%. Les régimes fin de carrière ont chuté de 72% en 1993, 67% en 1998 et 57% en 2000 à 20% en 2004. Les partenaires sociaux sont en faveur d'un équilibre et même d'une réduction des cotisations. Le droit à la pension dépend de plus en plus de l'indexation. De facto, cela implique un glissement supplémentaire vers un système de pension à cotisation déterminée. L'âge de la retraite sera le point de mire dans un futur proche.

3.3. ASSURANCE-INVALIDITE

Les Pays-Bas disposent d'une série de régimes d'assurances-invalidité. La loi sur l'assurance-invalidité (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering – WAO) couvre l'invalidité des travailleurs et des chômeurs. Depuis 1998, la loi sur l'assurance-invalidité des indépendants (Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen – WAZ) et la loi sur les prestations d'invalidité de jeunes handicapés (Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten – WAJONG) fournissent des prestations basées sur le niveau d'allocations sociales minimales en vigueur. La WAZ, une assurance obligatoire pour les indépendants, a été supprimée en 2004. La WAJONG est une disposition sociale qui couvre les jeunes. Les Pays-Bas sont le seul pays de l'UE avec un programme d'invalidité général qui ne sépare pas les accidents du travail des autres accidents. Il était prévu de renoncer à l'assurance unique d'invalidité indépendant de la cause. En 2004, les plans pour introduire un nouveau régime d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Extra Garantieregeling Beroepsrisico's – EGB) ont été mis au frigo. L'OCDE (2005, p. 18) recommande un dispositif d'accidents du travail qui sépare ce type d'accident de l'invalidité générale. Il évite les facteurs d'accident et d'invalidité derrière le nombre élevé de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Le nombre d'invalides est de 10% environ de la population en âge de travailler. Le taux de couverture et de prestation est aussi relativement élevé (OCDE, 2002, pp. 71-72). Depuis le début des années 90, plusieurs mesures de privatisation ont été prises pour décourager l'utilisation des assurances-invalidité comme moyen de licenciement et de changer d'organisation de travail pour éviter la maladie et l'invalidité. Les risques financiers ont été transférés aux sociétés via une tarification ajustable (cf. Delsen, 2002 ; De Kam, 2003 ; OCDE, 2005, p. 78). Au début de l'année 1996, la loi en matière d'assurance-maladie était presque entièrement privatisée. Mises à part quelques exceptions comme les intérimaires et les travailleurs à domicile, le système public de la loi en matière d'assurance-maladie a été supprimé. Depuis l'introduction de la loi sur l'extension de l'obligation de continuer à verser la rémunération en cas de maladie (Wet Uitbreiding Loondoorbetaling bij Ziekte – WULBZ) le 1er mars 1996, les employeurs doivent verser aux travailleurs malades 70% de leur salaire normal pendant une année entière. Après un an, les travailleurs en congé maladie sont transférés vers le programme d'assurance-invalidité. L'employeur peut faire assurer ce risque par un assureur privé ; 80% des employeurs ont choisi cette voie. La prime est alors basée sur les statistiques de congé maladie de la société. L'absentéisme lié à la maladie a baissé significativement. Autres conséquences : une sélection basée sur les risques lors du recrutement, une période d'essai plus longue et davantage de contrats intérimaires. Le 1er janvier 1998, la loi sur la différenciation de prime et les règles de marché dans le cadre des assurances-incapacité de travail (Wet Premiedifferentiatie en Marktwerving bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen – PEMBA) est introduite afin de réduire le nombre de personnes en incapacité de travail. La différenciation de prime réduit le risque moral étant donné que les employeurs ne peuvent plus détourner les conséquences de leurs actes sur un fonds collectif. La loi PEMBA de 1998 n'a pas eu le résultat escompté et pour éviter un

recrutement fondé sur les risques, la loi sur les contrôles médicaux (Wet op de Medische Keuringen - WMK) a été introduite en 1998. La loi interdit tout contrôle avant l'engagement. Pour faire face au problème insider/outsider, les employeurs ne doivent plus, depuis 2002, payer une série de prestations sociales s'ils engagent une personne invalide et, depuis 2004, payer la partie fixe de la cotisation d'assurance-invalidité pour leurs travailleurs de 55 ans et plus et pour toute nouvelle personne engagée de 50 ans et plus. La réforme de l'assurance-invalidité prévue pour 2006 incitera davantage les employeurs à engager ou à garder les travailleurs en invalidité partielle. La PEMBA sera supprimée.

Pour éviter la sélection des risques de la politique PEMBA, la loi sur la (ré)intégration des personnes inaptes au travail (Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten - Wet REA) a été introduite le 1er juillet 1998. Cette loi REA doit permettre à l'employeur d'engager et de conserver plus facilement des travailleurs avec un handicap de travail. Les employeurs sont maintenant responsables de la réinsertion de leur propre personnel et peuvent recevoir un montant standard ou une compensation personnalisée lorsqu'ils engagent une personne inapte au travail ou la reposent au sein de la société. La loi sur la réintégration des personnes inaptes au travail garantit également qu'un employeur qui engage une personne avec un handicap ne risque pas d'augmenter ses dépenses maladie ou incapacité. La loi REA de 1998 n'a pas été efficace et doit être remplacée par des coupes sombres dans les cotisations sociales pour les personnes en incapacité partielle.

La loi sur l'amélioration de la protection (Wet Verbetering Poortwachter) d'avril 2002 précise les droits et obligations des travailleurs et des employeurs au cours de la première année qu'un employé est en incapacité de travail. La nouvelle réforme se concentre sur la coopération entre l'employeur et l'employé et introduit des obligations mutuelles plus strictes en matière d'efforts de réintégration. D'une part, les employeurs qui ne coopèrent pas suffisamment pour aider les gens à garder leur emploi risquent de payer le salaire de l'employé pendant une année supplémentaire tandis que d'autre part, les travailleurs qui ne contribuent pas à leur réintégration sur le marché du travail risquent un licenciement ou une réduction salariale. La UWV (Uitkeringsinstituut werknemersverzekeringen) servait de portier ('poortwachter').

En 2001, la commission Donner a proposé un réaménagement radical du système d'assurance-invalidité, le rendant uniquement accessible aux personnes en invalidité totale et permanente. Les personnes en invalidité partielle sont couvertes par une assurance privée obligatoire pour les employeurs, basée sur une tarification ajustable. Les personnes en invalidité temporaire sont traitées comme tout autre malade et sont couvertes par l'obligation de l'employeur de payer le salaire. En 2001, le cabinet Kok II a demandé l'avis du Conseil Economique et Social (CES) tripartite sur une révision du système des prestations d'invalidité. Les propositions du CES datant de 2002 pour un nouveau système d'assurance-invalidité ont été adoptées par le gouvernement Balkenende II. Elles prendront effet le 1er janvier 2006 et

s'appliqueront aux personnes frappées d'invalidité après le 1er janvier 2004. Le régime actuel reste en place pour ceux qui reçoivent déjà une prestation d'invalidité. La prestation de maladie doit être payée par l'employeur pendant une période de deux ans. Une assurance peut être contractée. S'ensuit après deux ans une évaluation pour voir s'il faut continuer à payer une prestation partielle ou totale d'invalidité ; une définition médicale plus stricte de l'invalidité totale et des critères plus stricts pour déterminer les emplois toujours réalisables sont appliqués.

La grande réforme du système de prestations d'invalidité vise à réduire l'accès à la magnanimité (relative par rapport à d'autres pays) et de mobiliser la main-d'œuvre disponible parmi les bénéficiaires. En droite ligne avec le rapport Beveridge de 1942, cette loi place l'accent sur le travail. La protection du revenu perd en importance. Le nouveau régime contient trois groupes de personnes :

- les personnes avec une incapacité de moins de 35% (15% auparavant) ; elles ne recevront plus de prestations. La relation de travail est maintenue et l'employeur doit adapter le poste de travail si nécessaire. Les employeurs doivent prendre une assurance privée ou choisir l'assureur public (UWV) et supporter les coûts pour ce premier groupe ;
- les personnes en incapacité totale (80-100%). Seul, ce groupe bénéficie de prestations publiques. Elles recevront une prestation d'invalidité de 70% de leur dernier salaire. À partir de 2006, les travailleurs en incapacité totale ayant peu de perspective de rétablissement auront droit à une allocation conformément à la loi sur l'emploi et sur les revenus en fonction de la capacité de travail (WIA). Pendant les cinq premières années, ils subiront un examen médical annuel afin de constater tout rétablissement éventuel. L'allocation WIA représente 70% du dernier salaire du travailleur. Les personnes dépendant à long terme de ce système ne verront pas leur salaire se réduire davantage ;
- les pertes salariales des personnes en incapacité partielle (35-80%) seront compensées à condition de rester occupé pour au moins 50% du pourcentage de capacité.

La plupart des conventions collectives de travail complètent l'allocation de maladie des travailleurs jusqu'à 100% du salaire. Le gouvernement a récemment proposé une obligation légale de limiter la prestation de maladie, au cours de la deuxième année de maladie, à 70% du revenu. En 2004, un accord social de 170% pendant les deux années a été accepté. Pour les personnes n'ayant pas une incapacité totale et permanente, un nouveau régime de retour au travail (Werkhervatting Gedeeltelijke Arbeids-geschikten - WGA) a été introduit. Les bénéficiaires reçoivent une subvention salariale s'ils travaillent, sinon une prestation. Les employeurs doivent couvrir le risque d'incapacité partielle conformément au WGA par des compagnies d'assurances privées ou par l'assurance publique UWV, ou en supporter le risque eux-mêmes.

Les employeurs et les travailleurs ont accepté de prendre des mesures pour réduire les allocations de maladie pendant la deuxième année de maladie. Cela a incité le gouvernement à abandonner une loi destinée à limiter la deuxième année de presta-

tions de maladie à 70% du dernier salaire. Si le nombre de nouveaux cas d'incapacité complète de travail n'excède pas 25.000 par an à partir de 2006, le gouvernement augmentera rétroactivement l'allocation d'incapacité à 75% du dernier salaire en juillet 2007, et ce depuis le 1^{er} janvier 2006. Dans ce cas, le gouvernement supprimera les primes les plus élevées pour les employeurs qui ont laissé de nombreux travailleurs être déclarés en incapacité. L'amende PEMBA sera supprimée.

3.4. LOGEMENT

Les propriétaires d'un logement sont lourdement subventionnés. Les paiements des intérêts hypothécaires sont fiscalement déductibles. La politique de commercialisation des logements englobant cette imposition favorable des logements occupés par le propriétaire et financés par emprunt amoindrit l'efficacité économique et amplifie le cycle conjoncturel. Les prix immobiliers présentent une tendance croissante et d'importantes fluctuations en fonction de la demande. L'abordabilité des logements a baissé. Les conséquences se font également sentir sur les locataires, car ces derniers ne bénéficient pas de subventions locatives. L'indemnité de logement existante liée aux revenus atténue/affaiblit l'impact de prix élevés sur certains locataires et limite la mobilité. Il est peu probable que les objectifs sociaux soient atteints. Un retrait progressif des subventions fiscales pour les logements occupés par le propriétaire a été examiné et proposé (OCDE, 2004, pp. 47-51).

3.5. ASSISTANCE SOCIALE ET ASSURANCE-CHOMAGE

La politique de protection sociale néerlandaise est de plus en plus basée sur le principe que l'emploi offre la meilleure forme de protection sociale. Les politiciens appliquent la loi des débouchés de Say à la sécurité sociale et au marché de l'emploi. Depuis janvier 2004, la loi sur le travail et l'assistance sociale (Wet Werk en Bijstand) remplace la loi sur l'assistance sociale de 1996. En principe, tout le monde aux Pays-Bas devrait faire de son mieux pour subvenir à ses besoins mais en cas d'impossibilité, cette loi leur donne droit à un revenu minimum. Un emploi rémunéré est considéré comme l'objectif ultime. La dispense de chercher du travail pour des parents isolés avec des enfants de moins de 5 ans a été supprimée. Les autorités locales ont reçu davantage de libertés politiques et financières pour activer les chômeurs de longue durée et d'autres bénéficiaires d'assurances sociales. Dans la loi, "travail convenable" a été remplacé par "travail généralement accepté". Un plan d'action individuel fournit des solutions sur mesure comme des entretiens d'embauche, des opportunités d'expérience professionnelle ou des plans d'intégration sociale. La limitation de l'accès à l'aide sociale et la stimulation de la sortie de l'aide sociale sont les principaux objectifs. En cas de non-coopération ou de réticence à fournir les informations nécessaires, une sanction telle qu'une réduction de la prestation ou une suspension complète est appliquée.

Afin de réduire le risque moral, le gouvernement pourpre examine une différenciation de prime dans le régime d'assurance-chômage (OCDE, 2000, p. 66). Dans le cadre de la loi sur le chômage, les autres nouvelles mesures prises en considération en 2000 et 2002 du côté de la demande sont : les employeurs paient une partie de l'allocation de chômage des travailleurs âgés licenciés ; une tarification ajustable. Pour stimuler l'emploi de travailleurs plus âgés, le gouvernement a, en 2004, réintégré l'obligation de chercher un nouvel emploi pour les chômeurs plus âgés (57 ans et demi et plus) et supprimé l'allocation de chômage continue. La prestation de chômage secondaire ('prestation de suivie' - qui suit la première prestation) qui visait à couvrir la période jusqu'à la retraite pour les chômeurs plus âgés a également été supprimée en 2004. La prestation de chômage primaire standard est allouée entre 2 et 5 ans, en fonction de l'âge et des antécédents professionnels. La durée de la prestation standard d'assurance-chômage dépend de tous les antécédents professionnels et non des 5 dernières années uniquement. En 2005, le gouvernement a adapté la recommandation du CES sur l'avenir de la loi sur l'assurance-chômage. La durée maximale a été réduite de 5 ans à 38 mois. Pour avoir droit à une allocation de chômage, une personne doit avoir travaillé 26 semaines pendant une durée de 36 semaines et non plus de 39 semaines. Les deux premiers mois, la prestation est de 75%, ensuite de 70%. Les personnes qui répondent à l'exigence des 26 semaines mais qui n'ont pas reçu un minimum de 52 jours de salaire pendant au moins quatre années au cours des cinq dernières n'auront droit qu'à une allocation pendant trois mois (OCDE, 2005, p. 83).

3.6. REFORME DE LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE LA PROTECTION SOCIALE

Depuis la publication du "rapport Buurmeijer" en 1993, la structure administrative a été le point de mire du débat sur la réforme du système néerlandais de sécurité sociale. Ce rapport concluait qu'une mauvaise administration de l'assurance sociale et une coopération insuffisante entre les administrateurs étaient clairement à la source de la situation critique de l'assurance invalidité. L'engagement considérable des partenaires sociaux dans l'exécution de la sécurité sociale était entre autres considéré comme un facteur important dans l'abus de certains arrangements, en particulier le régime d'assurance-invalidité (WAO). Une série de modifications consécutives de cette structure au cours de cette dernière décennie a abouti à un système dans lequel l'influence des partenaires sociaux a été drastiquement diminuée. Plusieurs éléments de concurrence ont été introduits et des responsabilités ont été attribuées aux employeurs et aux travailleurs (individuellement) afin d'augmenter l'efficacité, bien que le système soit toujours considéré être en révision. En 1995, le Conseil de Sécurité Sociale (SVr) bipartite a été dissous. Une nouvelle commission indépendante pour la supervision des assurances sociales (Commissie toezicht sociale verzekeringen - Ctsv) supervise la mise en œuvre de la sécurité sociale. En 1997, l'institut national d'assurances sociales (Landelijk instituut sociale verzekeringen - Lisv) est devenu responsable de la mise en œuvre des assurances des salariés, de la loi sur l'assurance-invalidité des indépendants (WAZ) et de la loi sur les prestations d'invalidité des jeunes handicapés (WAJONG). Le Lisv a repris les assurances

des salariés des chambres des associations sectorielles d'entreprises et les a transférées à cinq institutions d'exécution concurrentielles (Uitvoeringsinstellingen, UVIs).

Alors que l'administration de la sécurité sociale et le service public de l'emploi ont été gardés séparés jusqu'en 1994, cette tradition a été interrompue et ces deux fonctions de l'Etat-providence ont été placées sur le chemin de la coopération. Le 1er janvier 2002, la loi SUWI (Structuur Uitvoering Werk en Inkomen) est promulguée. L'opération SUWI, débutée en 1998, est l'apogée de ce processus global. L'opération SUWI vise à établir des responsabilités claires et à donner aux différents acteurs en la matière les incitants (financiers) adéquats, notamment en ajoutant des éléments de concurrence, pour rendre l'administration de la sécurité sociale et le service de l'emploi plus actifs, plus efficaces et plus conviviaux. Cela suppose une réorganisation majeure de la structure administrative. Les demandes de prestations devraient être traitées par des opérateurs privés et toutes ces activités (paiement des prestations, réintégration) devraient être réalisées par une agence unique. L'accent est placé sur la prévention et sur la réintégration des allocataires sur le marché de l'emploi. En d'autres mots, le travail prime sur le revenu. Aux niveaux local et régional, les organisations de réintégration et les organisations pour la gestion de la sécurité sociale (examen de la demande, recouvrement de cotisations et transfert de la prestation) sont combinées dans 131 centres pour le travail et le revenu (CWI – Centra voor werk en inkomen). L'objectif de toutes les parties est de retrouver du travail aux gens le plus rapidement possible. Les centres occupent une position centrale dans le système de sécurité sociale. Les gens peuvent se rendre dans ces centres pour demander une allocation sociale et pour trouver un travail (réintégration). Pour les employeurs, c'est l'endroit où chercher des travailleurs. Les organisations privées de réinsertion ainsi que les organisations étatiques d'examen des demandes sont actives dans ces CWI. Ce système se base sur la vision d'un guichet unique pour le client pour tous les services concernés.

Des éléments de concurrence sont introduits là où cela est possible. Les tâches qui ne sont pas considérées appropriées pour la concurrence (examen de la demande, recouvrement de cotisations et transfert de la prestation) seront toujours réalisées par des organismes publics. L'objectif de l'introduction d'éléments de concurrence dans les organismes de réinsertion est d'en augmenter l'efficacité. En janvier 2002, les cinq UVI bipartites ont en outre été fusionnées en un service public, l'institut pour la gestion des assurances des salariés (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV), réduisant ainsi l'influence du secteur. L'UWV a la responsabilité d'évaluer le droit aux allocations, de percevoir les cotisations sociales et de payer les prestations de chômage et d'invalidité. Dans la nouvelle situation, c'est le ministère des Affaires sociales qui est en charge de la supervision. Les partenaires sociaux sont plus ou moins exclus de la gestion actuelle de la sécurité sociale et le Conseil tripartite pour le Travail et le Revenu (RWI) ne conserve qu'un rôle consultatif mineur (De Gier et al., 2004).

4. CONCLUSIONS POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS

Au sein du modèle cappuccino de la sécurité sociale néerlandaise – comprenant une allocation de base (le café), une assurance obligatoire (la crème) et une assurance optionnelle (le cacao) l'accent est toujours plus placé sur le cacao, aux dépens du café. Les récents changements politiques réalisés par le deuxième cabinet Balkenende impliquent un glissement continu du modèle rhénan vers le modèle anglo-saxon. Les Pays-Bas ressemblent aussi de plus en plus aux Etats-Unis lorsque nous regardons le nombre croissant de réclamations introduites par des patients qui se sentent négligés ou qui doivent attendre trop longtemps (Okma, 2004, p. 15). L'Etat-providence néerlandais s'inspire de plus en plus de Beveridge. Dans l'Etat-providence néerlandais, les changements politiques se fondent sur le dogme plutôt que sur les arguments. La maîtrise des dépenses requiert un besoin continu de réforme, tel est le message d'un rapport sur la politique de couverture sociale néerlandaise de ces deux dernières décennies. L'expérience néerlandaise montre également que les réformes de la couverture sociale se sont avérées contreproductives. La maîtrise des dépenses peut entraîner une réduction de l'efficacité et de la qualité. L'introduction de la maîtrise des coûts et des marchés peut être contradictoire. Pour évaluer la nécessité d'une réforme de la couverture sociale, une image claire des objectifs politiques est nécessaire : efficacité, et/ou justice ? De plus, il faut savoir comment réaliser au mieux ces objectifs.

Depuis la création de l'UEM, le besoin de couverture sociale se fait croissant alors que l'UEM réduit la qualité de l'environnement social et les ressources pour financer cette couverture (Delsen, 2001). La dérégulation compétitive et les dégrèvements d'impôts résulteront pour les pays compétitifs en des salaires plus faibles que ceux désirés et en un niveau de couverture sociale plus bas que désiré à savoir la dévalorisation de l'Etat-providence. Cette sous-provision d'assurances et une offre trop faible de biens collectifs semblent être présentes aux Pays-Bas : il y a un fossé énorme entre les objectifs politiques et les priorités des citoyens en matière de couverture sociale. Le soutien de la politique actuelle est limité. Quatre vingts pour cent de la population néerlandaise est pour un changement et préfère une société cohésive. Mais lorsque nous nous penchons sur des mesures spécifiques, nous constatons que ce n'est pas vraiment le cas. En matière de prestations de chômage et d'invalidité, la majorité opterait pour une augmentation de la pression sur le chômeur pour trouver un emploi. Elle ne veut cependant pas réduire davantage les allocations pour ceux qui ont réellement besoin d'un soutien financier. Pour garantir une pension d'Etat à un prix abordable malgré le vieillissement de la population, la préférence va clairement à l'augmentation du nombre d'heures prestées hebdomadairement plutôt qu'à la réduction de l'allocation de pension ou à l'augmentation de l'âge de la retraite (Beckers, 2005 ; 21 minuten.nl, 2005).

Comme une grande partie du coût de la main-d'œuvre en Europe comprend des impôts et des primes, il existe un lien direct entre la position concurrentielle macroéconomique et la couverture sociale. Les économistes voient souvent une ten-

sion entre la politique sociale et les prestations économiques. Poursuivre toutes sortes d'objectifs sociaux freinerait l'économie et générerait donc la croissance de l'économie et de l'emploi. Il n'y a aucune preuve empirique du "big trade-off" d'Okun entre l'équité et l'efficacité au sein de l'Union européenne. Au contraire : l'équité accroît l'efficacité et les prestations, une relation positive (Ederveen et De Mooij, 2003). Désireux de réduire le secteur public, les économistes néoclassiques et les politiciens oublient que conserver un bon système de sécurité sociale n'est pas une charge mais une partie essentielle de l'économie de marché : cela permet l'expansion des marchés. Les gouvernements et les marchés sont complémentaires : l'assurance sociale des gouvernements protège contre les effets de risques économiques externes (Rodrik, 1997). L'Etat-providence est un investissement et non un facteur de coût. Une compétitivité nationale importante est précédée par une période de grandes dépenses sociales. Ces dernières impliquent que la causalité va des dépenses sociales à la compétitivité et non l'inverse. Des dépenses élevées en matière de sécurité sociale créent un environnement présentant moins de conflits sociaux, améliorent les incitants à prendre des risques et garantissent la volonté des entreprises d'investir dans du capital humain (cf. Delsen, 2002 ; De Grauwe et Polan, 2003). Le gouvernement rend la croissance des marchés possible. C'est en contradiction avec les idées traditionnelles derrière la théorie économique néoclassique pour lesquelles les gouvernements sont préjudiciables aux marchés et à leur croissance. Agell (1999) conclut à partir de ses recherches sur la relation entre l'ouverture des pays occidentaux et les institutions du marché du travail, que la globalisation de l'activité économique va entraîner une demande croissante de différentes formes de rigidité du marché de l'emploi. Il faut en conclure que l'Etat-providence et le marché sont complémentaires. Un système de sécurité sociale sain permet l'expansion des marchés et est très important pour la petite économie ouverte des Pays-Bas (Delsen, 2002). Le débat sur la réduction de l'Etat-providence ne devrait donc pas tant se concentrer sur l'importance de l'Etat-providence mais plutôt sur sa structure et ses fonctions au sein d'économies capitalistes.

(Traduction)

BIBLIOGRAPHIE

Agell, J., On the benefits from rigid labour markets: norms, market failures, and social insurance, *The Economic Journal*, 109, février, pp. F143-F164, 1999.

Asscher-Vonk, I., Delsen, L., Pennings, F. et Sparrius, C., Social security in the Netherlands, in J. van Vugt et al. (eds.) *Social Security and Solidarity in the European Union. Facts, Evaluations, and Perspectives*, Physica Verlag, Heidelberg, pp. 143-162, 2000.

Becker, J., *De Steun voor de Verzorgingsstaat in de Publieke Opinie, 1970-2002. Een Analyse van Trends in Meningen*, Bureau de planification sociale et culturelle, La Haye, 2005.

De Kam, F., Welfare state in transition. The case of the Netherlands, in Pacolet J. (ed.) (2003) *The State of the Welfare State Anno 1992 and Beyond*, ETUI/HIVAK.U.Leuven, Toronto/Louvain, APF-Press, pp. 39-365, 2003.

Delsen, L., EMU and the social environment, *The European Journal of Social Quality*, Vol. 3, N° 1/2, Eté, pp. 70-89, 2001.

Delsen, L., *Exit Polder Model? Socioeconomic Changes in the Netherlands*, Preager Publishers, Westport, 2002.

Delsen, L., J. Benders and J. Smits, Choices within collective agreements à la carte in the Netherlands, *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 44, N° 1, mars, pp. 51-72, 2006.

De Gier, E. et M. Ooijens, *Dutch Welfare State Reforms: From a Passive to an Active Welfare State?*, Documents de travail n° 321, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, La Haye, 2004.

De Gier, E., A. de Swaan and M. Ooijens (eds.), *Dutch welfare reform in an expanding Europe. The neighbours' view*, Het Spinhuis, Amsterdam, 2004.

De Grauwe, P. and M. Polan, *Globalisation and Social Spending*, CESifo Working Paper No. 885. Centre d'études économiques et Institut de recherches économiques ifo, Munich, 2003.

Département néerlandais de la Santé, du Bien-être et du Sport, *New foundations for health care with a solid future. Preliminary national report on Health Care and Long Term Care*, La Haye, 2005.

Ederveen, S. and R. de Mooij, *Social Europe*, European Network of Economic Policy Research Institutes. Occasion Paper, N° 5, Bruxelles. (<http://www.enepri.org>), 2003.

Kemperman, M., The State of the Welfare State anno 1992: the Netherlands, in J. Pacolet and K. Versieck (eds.) *The State of the Welfare State Anno 1992*, vol. 3, HIVA-K.U.Leuven, Louvain, 1995.

Ministère du VWS, *Nota Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, session 2000-2001, 27855, n° 1-2, Deuxième Chambre des Etats généraux, La Haye, 2001.

Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, *Health Insurance in the Netherlands*, La Haye, 2004.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 1997-1998*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1998.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 1999-2000*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2000.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 2002-2003*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2002.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 2004*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2004.

OCDE, *Ageing and Employment. Netherlands*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2005.

Okma, K.G.H., *De beleidsagenda voor de gezondheidszorg in de komende decennia: vragen voor beleid en onderzoek*, SISWO, Amsterdam, 2004.

Rodrik, D., The 'paradoxes' of the successful state, *European Economic Review*, N° 41, pp. 411-442, 1997.

CES, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Conseil économique et social, La Haye, 2000.

Visser, J. et A. Hemerijck, „A Dutch miracle”. *Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997.

Webbink, D., *Returns to university education. Evidence from an institutional reform*, CPB Discussion Papers No. 34, CPB Bureau national d'analyse de la politique économique, La Haye, 2004.

TABLE DES MATIERES

LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003

INTRODUCTION	635
1. TENDANCES MACROECONOMIQUES ET FINANCES PUBLIQUES	636
2. MACRODONNEES DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE NEERLANDAIS	642
3. PRINCIPALES REFORMES DE LA COUVERTURE SOCIALE	646
3.1. SOINS DE SANTE	647
3.2. LA REFORME DES PENSIONS	653
3.3. ASSURANCE-INVALIDITE.	657
3.4. LOGEMENT	660
3.5. ASSISTANCE SOCIALE ET ASSURANCE-CHOMAGE.	660
3.6. REFORME DE LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE LA PROTECTION SOCIALE.	661
4. CONCLUSIONS POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS	663
BIBLIOGRAPHIE	665